



**UNIVERSIDAD TECNICA DE BABAHOYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE ENFERMERIA**

Dimensión Práctico del Examen Complexivo previo a la obtención del grado académico de Licenciado (a) en Enfermería

TEMA PROPUESTO DEL CASO CLINICO

Proceso Atención de Enfermería en Neonato con Ruptura Prematura de Membrana y Sepsis Neonatal.

AUTOR

Jesús Wladimir Arévalo Fuentes

TUTOR

Lic. Ingrid Aguirre Rodríguez

Babahoyo – Los Ríos – Ecuador

2022

INDICE GENERAL

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	II
TITULO DEL CASO CLINICO	III
RESUMEN (español).....	¡Error! Marcador no definido.
ABSTRACT (resumen en inglés).....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCION.....	IV
I. MARCO TEORICO	1
1.1 JUSTIFICACION	9
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	10
1.3 DATOS GENERALES	11
II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO	11
2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.	11
2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).	13
2.3 Examen físico (exploración clínica).....	13
VALORACION CEFALO-CAUDAL.....	13
VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)	14
2.4 Información de exámenes complementarios realizados.	16
2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.	17
2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.....	18
2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.....	22
2.8 Seguimiento.....	22
2.9 Observaciones.	23
CONCLUSIONES.....	24
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	25
ANEXOS.....	27

DEDICATORIA

El presente trabajo está totalmente dedicado con mucha gratitud y cariño a Dios por su inmenso amor, a mi familia que son el pilar fundamental del largo historial de mi vida, a mis amigos que son como hermanos en tiempos de angustia, a mis docentes por la enseñanza brindada y a todas las personas que constantemente me estuvieron apoyando para mantenerme firme en los senderos de la educación y así poder colaborar en un futuro cercano a mi nación.

Jesús Wladimir Arévalo Fuentes

AGRADECIMIENTO

Antes que todo quiero agradecer a Dios por estar conmigo en cada segundo de mi vida, más cerca que mis propios pensamientos, por cada latido de vida sé que es Dios en mi corazón, por el sol que me viene alumbrar cada mañana, por permitirme ser la persona que soy, sé que aún no he logrado todo lo que espera de mí, me siento muy agradecido Dios mío por este preciado jardín de tiempo. También a nuestra alma mater Universidad Técnica de Babahoyo por haberme permitido ser parte de ella, iniciando y culminando mi carrera de enfermería.

Agradezco inmensamente a mi tutora Lic Ingrid Aguirre por haberme instruido en el conocimiento, destrezas y aprendizaje. Así como también por haberme tenido mucha paciencia durante todo el proceso de elaboración de mi caso clínico. Agradezco también a la Lic Rosa Bedoya, Lic Liseth Marthin, Lic Mónica Acosta, Lic María Vera, Lic Elisa Boucourt, Dra Alina Izquierdo, Dr Alex Diaz, Dra Janeth Hurtado, Dr Amilkar Suárez y a muchos docentes más que siempre estuvieron pendientes de nosotros, otorgándonos su tiempo, sus conocimientos, inculcándonos valores éticos y morales.

Agradezco a mi padre por el ejemplo de constancia y dedicación, a mi madre por la fortaleza he inspiración diaria y apoyo constante en la búsqueda de cumplir esta meta. A mis hermanos por el impulsarme al logro de mis metas, a mis amigos que sin proponérselo han sido ángeles que me han dado sus alas cuando las mías no se acuerdan como volar.

Y para finalizar, también agradezco a todos mis compañeros. En especial a Isabel Valdiviezo, Katheryn Moreira, Joel Jara, Diego Diaz, Damelis Solis, Zuly Ramírez, Sander Anchundia con quienes compartí muchas anécdotas agradables y desagradables tanto en las aulas de clase como a su vez en el internado, recordando que todos tenemos momentos en los que sobrepasamos nuestras propias expectativas, aquellos momentos son pequeños pero en ocasiones son más grandes que la propia vida, momentos en los que nos inspiran, que nos motivan, es porque reciprocamos y no nos rendimos.

Jesús Wladimir Arévalo Fuentes

TITULO DEL CASO CLINICO

Proceso Atención de Enfermería en Neonato con Ruptura Prematura de Membrana y Sepsis Neonatal.

INTRODUCCION

La ruptura prematura de membranas es la pérdida de la integridad de las membranas corioamnióticas que se producen desde las 20 semanas de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. Esta patología obstétrica puede afectar a todos los embarazos y complicar con mayor riesgo de morbilidad materno perinatal. (Ministerio de Salud Pública, Ruptura Prematura de Membrana , 2015)

La sepsis neonatal se determina como un síndrome clínico caracterizado por signos sistémicos de infección, los cuales se acompañan de bacteriemia en el primer mes de vida, el hemocultivo y el cultivo de líquido cefalorraquídeo constituyen el diagnóstico por excelencia. (James Edward Neira Borja, 2019)

Conforme a la Guía Práctica Clínica de Sepsis Neonatal el tratamiento debe ser oportuno, con la finalidad de disminuir los niveles de letalidad de dicha enfermedad; se considera que posee una letalidad de 20% a 60% que incrementa ante la incidencia de factores tales como la resistencia de microorganismos ante la administración de antibióticos de amplio espectro. (Ministerio de Salud Pública, Sepsis Neonatal, 2015)

La presente investigación se realiza con la finalidad de elaborar un estudio de caso clínico de un neonato de 32.5 semanas de edad gestacional por ecografía con diagnóstico clínico por Ruptura Prematura de Membrana y Sepsis Neonatal en el servicio de Neonatología en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas # 1. El cual se realizará mediante la investigación de los sucesos clínicos durante la estancia del paciente y su respuesta a los tratamientos administrados, además de la revisión bibliográfica de la patología y sus componentes claves.

I. MARCO TEORICO

Ruptura Prematura de Membrana:

La ruptura prematura de membrana es una disminución del líquido amniótico antes de la iniciación de labor de parto. A partir de las 34 semanas de edad gestacional o exista un riesgo fetal, la labor de parto es recomendada. (Julie S. Moldenhauer, Ruptura Prematura de Membrana , 2020)

Clasificación:

La Ruptura Prematura de Membrana se puede distribuir en:

1. RPM término: después de las 37 semanas.
2. RPM pretérmino: antes de las 37 semanas.
3. RPM prolongado: más de 24 horas de ruptura. Y se puede agregar con las dos anteriores.
4. RPM Previaible (RPMpv): es la que sucede antes de las 24 semanas.

Es primordial establecer clínicamente cada caso, para formar el abordaje más conveniente y disminuir las complicaciones maternas y fetales. (Orias Vásquez M, Ruptura Prematura de Membrana, 2020)

Según la autora. (Julie S. Moldenhauer, Ruptura Prematura de Membrana , 2020) en cualquier momento aumenta el riesgo de lo siguiente:

- Infección en la mujer, infección intraamniótica, corioamnionitis, en el recién nacido, sepsis o ambos.
- Presentación fetal anormal.
- Desprendimiento prematuro de la placenta.

Las causas comunes de infección son estreptococos del grupo B y Escherichia coli, entre otros microorganismos en la vagina pueden causar infecciones.

La ruptura prematura de membranas incrementa, el riesgo de hemorragia intraventricular en los neonatos; la hemorragia intraventricular puede conducir a trastornos del neurodesarrollo (p. ej. Parálisis cerebral).

Patogenia:

El inicio de esta patología es incierto, pero se supone que se origina por un debilitamiento fisiológico de las membranas, debido a una disminución de las

consistencias. Sin embargo, se ha observado que la zona donde se produce la ruptura:

- a) Es decadente en colágeno II.
- b) Está edematizado con depósito de material fibrinoide.
- c) Muestra una capa delgada trofoblástica y decidual.

Las prostaglandinas E2 y F2, son producidas por las células deciduales lo que permite las contracciones principalmente si hay bacterias. (Orias Vásquez M, Ruptura Prematura de Membrana , 2020)

Signos y síntomas:

El único síntoma es la pérdida de un chorro inesperado de líquido por la vagina. La aparición de fiebre, flujo vaginal abundante o fétido, presencia de dolor abdominal y taquicardia fetal, principalmente si no tiene proporción con la temperatura materna, apunta una infección intraamniótica. (Julie S. Moldenhauer, Ruptura prematura de membrana , 2020)

Diagnóstico:

Se efectúa mediante la historia clínica y la observación de salida de líquido a partir del orificio cervical, por medio de la especuloscopia con lo que se establece más del 90% de los casos, si no se consigue observar la salida de líquido amniótico, se debe realizar las maniobras de Valsalva que consiste en toser o pujar. Sin embargo, varias de las mujeres lo suelen manifestar como una sensación de humedad en la vagina o como un incremento en la frecuencia urinaria. El diagnóstico se torna incierto sin una evidencia que confirme la salida de líquido amniótico, por lo que se debe acudir a pruebas adicionales. (Orias Vásquez M, Ruptura Prematura de Membrana, 2020)

Sepsis:

La sepsis es una disfunción orgánica potencialmente mortal causada por una desregulación de la respuesta del huésped a la infección. La sepsis y el shock séptico afectan a millones de personas cada año, asesinando a uno de cada cuatro personas, siendo estas patologías problemas de salud muy importantes. (Andrew Rhodes, 2017)

Sepsis Neonatal:

La sepsis neonatal se determina como un síndrome clínico caracterizado por signos sistémicos de infección, los cuales se acompañan de bacteriemia en el primer mes de vida, el hemocultivo y el cultivo de líquido cefalorraquídeo constituyen el diagnóstico por excelencia. En los servicios de neonatología a nivel mundial este síndrome representa un desafío, especialmente en países en vías de desarrollo a pesar de los avances en los cuidados intensivos y la terapia antimicrobiana, aún sigue siendo una alta causa de morbilidad. (James Edward Neira Borja, 2019)

Respuesta Inflamatoria Sistémica:

Se define como un Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica al resultado de infección comprobada o sospechada durante el primer mes de vida extrauterina. Según la edad puede ser clasificada de manera arbitraria en sepsis temprana, si aparece en los 3 primeros días de vida, debido a microorganismos adquiridos por vía materna y sepsis tardía, la cual se manifiesta después de los 3 días de vida extrauterina y es causada frecuentemente por microorganismos adquiridos después del nacimiento, pudiendo ser de adquisición nosocomial o de la comunidad. (Hospital Infantil de México, 2016)

Bacteriemia:

Es la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo. Produciéndose espontáneamente a partir de un foco infeccioso, en determinados tejidos. El diagnóstico se realiza por hemocultivo y exclusión de infección focal. El tratamiento consiste en antibióticos de amplio espectro, ya sea en una unidad hospitalaria o de forma ambulatoria. (Larry M. Bush, 2020)

Epidemiología:

La sepsis neonatal sigue siendo una de las principales causas de morbilidad, de la elevada incidencia en Latinoamérica. El diagnóstico de sepsis neonatal sigue tomando un lugar predominante para los profesionales de la salud. Se estima que 4 millones de muertes neonatales ocurren en el mundo cada año y aproximadamente un tercio de estas se deben a enfermedades infecciosas. La incidencia de sepsis neonatal en los países desarrollados varía de 1 a 8 por 1000 nacidos vivos, mientras que en los países en vías de desarrollo va de 3 a 12 por

cada 1000 nacidos vivos. En América Latina la incidencia se encuentra entre 3,5 a 8,9 por cada 1000 nacidos vivos. (Barreto González, Balboa Tovar, & García León, 2020)

En el caso del Ecuador, la incidencia de sepsis neonatal es de aproximadamente 2,4%, ubicándose entre las 3 principales causas de mortalidad. Uno de los objetivos de desarrollo del milenio es la reducción de la mortalidad infantil, identificar la cantidad de sujetos afectados y los factores asociados a su aparición, es el primer paso para lograr este gran propósito. (James Edward Neira Borja, 2019)

Clasificación:

Según el autor (María del Rocío Rubio Gómez, 2018) la sepsis neonatal se pueden diferenciar dos clases:

Sepsis de Transmisión Vertical: la transmisión se realiza tras contacto madre e hijo en este grupo se incluye tanto las infecciones congénitas adquiridas durante el periodo embrionario y fetal. Los microorganismos que se encuentran en la vagina de la madre producen un contagio por vía ascendente al final del embarazo o en el momento del parto. La sintomatología suele presentarse en las primeras 72 horas de vida. Los gérmenes como Estreptococo beta hemolítico del grupo B y la Escherichia Coli son de mayor frecuencia y se encuentran en el recto y vagina materna al finalizar la gestación.

Sepsis de Transmisión Nosocomial: se inicia tras una colonización del recién nacido en medio hospitalario, se considera como aquella que se desarrolla después de las 72 horas de vida en la unidad hospitalaria ya sea a través del personal sanitario (mala higiene de manos) o de un material contaminado.

Etiología de la Sepsis Neonatal:

Los microorganismos más comúnmente implicados en la sepsis neonatal son los gram negativos como Klebsiella pneumoniae, Escherichia Coli, Pseudomonas aeruginosa y Salmonella han sido reportados como importantes agentes etiológicos de sepsis, sobre todo en la sepsis de presentación temprana. De los microorganismos gram positivos, el estreptococo del grupo B, Staphylococcus aureus, estafilococos coagulasa negativo y Listeria

Monocytogenes son los más comúnmente aislados. (Hospital Infantil de México, 2016)

Factores de Riesgo:

Según el autor (Ministerio de Salud Pública, Sepsis Neonatal, 2015)

Factores de riesgo de sepsis de inicio temprano

Maternos:

1. Ruptura prematura de membranas mayor a 18 h.
2. Fiebre materna
3. Corioamnionitis
4. Colonización de microorganismos del tracto genital materno
5. Infección genito-urinario materna en el parto
6. Líquido amniótico fétido
7. Bacteriuria materna

Neonatales:

1. Prematurez
2. Peso bajo al nacer
3. Género masculino
4. Apgar a los 5 minutos menor a 6

Factores de riesgo sepsis inicio tardío

1. Prematurez
2. Procedimientos invasivos
 - Intubación endotraqueal prolongada
 - Colocación de catéteres intravasculares
 - Nutrición parenteral
 - Drenajes pleurales
3. Hospitalización prolongada

Hacinamiento hospitalario, falta de espacio físico.

Manifestaciones Clínicas:

Los recién nacidos que presentan sepsis bacteriana pueden manifestar signos y síntomas inespecíficos o signos focales de infección, sobre todo el recién nacido prematuro puede estar asintomático y el diagnóstico presuntivo se realiza

mediante la identificación de los factores de riesgo de transmisión de la sepsis. (German Edgardo Fajardo Dubón, 2017)

Los síntomas iniciales pueden ser inespecíficos, desde la disminución de la actividad motora, alteración en la regulación de la temperatura ya sea hipertermia o hipotermia, rechazo al alimento con frecuencia acompañado de succión débil, síntomas respiratorios y cardiovasculares como aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca. (German Edgardo Fajardo Dubón, 2017)

Durante la fase tardía se evidencia la gravedad del cuadro clínico con disminución de la actividad motora acompañado de bajo tono muscular, ictericia. Además, se pueden presentar síntomas asociados a la circulación como equimosis, petequias, hemorragias mucosas. La sepsis neonatal puede estar acompañada de otras infecciones que compliquen su evolución. (German Edgardo Fajardo Dubón, 2017)

Diagnóstico:

La sospecha clínica es primordial para poder llegar a un diagnóstico de sepsis neonatal e idealmente confirmarse con cultivos positivos en sangre, orina, líquido cefalorraquídeo u otros sitios normalmente estériles. El diagnóstico debe hacerse oportunamente para poder instalar un tratamiento adecuado. Ante cualquier cuadro sugestivo de sepsis, se debe realizar estudio diagnóstico completo. En sepsis temprana se deben incluir hemocultivos (central y periféricos) y cultivo de líquido cefalorraquídeo. En sepsis tardía se debe incluir además urocultivo. Por lo tanto, es importante que se realice una historia clínica y exploración física adecuada, toma de biometría hemática completa. Existen múltiples estudios que afirman la utilidad de procalcitonina y proteína C reactiva para el diagnóstico de sepsis neonatal. (Hospital Infantil de México, 2016)

Tratamiento:

Como los signos de sepsis neonatal temprana no son específicos y el tratamiento inmediato con antibióticos ha demostrado disminuir la mortalidad, una gran población de recién nacidos recibe antibióticos basados en los factores de riesgo. Los antibióticos se administran de forma empírica por la dificultad del diagnóstico y las posibles consecuencias de no realizar el diagnóstico temprano. En recién nacidos con sospecha clínica de infección de inicio temprano, el uso del

esquema ampicilina más aminoglucósido como primera línea de tratamiento tiene un perfil de efectividad y seguridad adecuado. (Ministerio de Salud Pública, Sepsis Neonatal, 2015)

Medidas de Prevención:

Las medidas preventivas de la sepsis en el recién nacido es evitar un parto prematuro mediante la identificación de los riesgos en el control prenatal ya que la mayor incidencia de morbilidad está relacionada con una menor edad gestacional. El periodo de mayor riesgo es durante los 7 primeros días con un 75% de mortalidad lo que hace indispensable mantener medidas de prevención y tratamiento oportuno. Como medida de prevención principal se recomienda el lavado de manos de 3 a 5 minutos para ingresar a la sala de Neonatología el lavado debe realizarse con agua y jabón aplicando la técnica del lavado de manos clínico, además se debe colocar equipo de protección personal como bata, guantes, mascarilla y gorro. (Ministerio de Salud Pública, Sepsis Neonatal, 2015)

Exámenes Complementarios:

En los exámenes de laboratorio no hay un marcador biológico o prueba definitiva para la sepsis neonatal. Por lo tanto, la única prueba considerada estándar para el diagnóstico es el hemocultivo. Según la evidencia científica al momento la prueba de reacción en cadena de polimerasa no es muy factible por su elevado costo y su falta de sensibilidad específica. (Ministerio de Salud Pública, Sepsis Neonatal, 2015)

Uso de Antibióticos:

Como los signos de sepsis neonatal temprana no son específicos y el tratamiento inmediato con antibióticos ha demostrado disminuir la mortalidad, una gran población de recién nacidos recibe antibióticos basados en los factores de riesgo. Los antibióticos se administran de forma empírica por la dificultad del diagnóstico y las posibles consecuencias de no realizar el diagnóstico temprano. En recién nacidos con sospecha clínica de infección de inicio temprano, el uso del esquema ampicilina más aminoglucósido como primera línea de tratamiento tiene un perfil de efectividad y seguridad adecuado. (Ministerio de Salud Pública, Sepsis Neonatal, 2015)

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales:

La UCIN es un lugar único y especial dentro de un hospital, para la atención de bebés recién nacidos que necesitan atención inmediata debido a dificultades durante el nacimiento en sus primeras horas de vida, la estancia de un neonato en este servicio dependerá de su estado de salud. La UCIN es un espacio cómodo, con equipos de alta tecnología médica y personal profesionalmente calificado.

En la unidad de cuidados intensivos neonatales los profesionales de enfermería tienen un gran desafío en la supervivencia del recién nacido, por ello es fundamental la capacitación y actualización en conocimientos científicos y tecnológicos, brindar atención eficiente, efectiva y eficaz, siendo el cuidado integral primordial para la recuperación y prevención. Dentro de los cuidados de enfermería en el paciente hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos neonatales se encuentran intervenciones en el mantenimiento y control de la termorregulación, constantes vitales, piel, prevención de infecciones, entre otras. (Sarahi Ocampo Higuera, 2020)

1.1 JUSTIFICACION

Es fundamental el siguiente estudio de caso clínico, debido a la incidencia de morbi-mortalidad que existe a nivel mundial, caracterizado por la presencia de signos sistémicos de infección acompañados de bacteriemia durante el primer mes de vida.

Mediante este estudio de caso clínico justifico que nuestra misión como profesionales de enfermería es promover y mejorar la salud conllevando a una mayor esperanza y calidad de vida de nuestros pacientes con actividades que requiere de un valor personal y profesional en la relación terapéutica enfermero - paciente.

Por aquello, se elaboró el proceso de atención de enfermería en un neonato con diagnóstico de ruptura prematura de membrana y sepsis neonatal con el único objetivo de contribuir a mejorar su estado de salud, orientándonos mediante la valoración, observación, con los 13 patrones funcionales de Marjory Gordon y conjuntamente con las taxonomías ya que son la base fundamental para recopilar información, a su vez obtener un diagnóstico efectivo y oportuno tomando en cuenta las intervenciones a realizar como profesional de salud durante la estancia hospitalaria del nuestro paciente, el cual se encuentra internado en el servicio de Neonatología en el Hospital de Especialidades de las FF. AA N.º 1 con diagnóstico de Ruptura Prematura de Membrana y Sepsis Neonatal.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el proceso de atención de enfermería en paciente neonato con diagnóstico de ruptura prematura de membrana y sepsis neonatal en el servicio de neonatología del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas # 1.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar al paciente mediante la recolección de datos objetivos y subjetivos.
- Formular diagnósticos de enfermería de acuerdo con los problemas de salud detectados del paciente.
- Elaborar plan de cuidados de enfermería para la recuperación del paciente.
- Evaluar los resultados obtenidos durante el proceso de atención de enfermería en neonato con ruptura prematura de membrana y sepsis neonatal.

1.3 DATOS GENERALES

DATOS HOSPITALARIOS DEL NEONATO

Institución: Hospital de Especialidades de las FF.AA. # 1

Servicio: Neonatología

DATOS GENERALES

- **Nombres:** N.N
- **Sexo:** Masculino
- **Edad gestacional:** 32.5 semanas
- **Grupo sanguíneo del neonato:** ORH +
- **Estado civil:** Soltero
- **Nivel sociocultural-económico:** Medio- Bajo
- **Nacionalidad:** ecuatoriana
- **Etnia:** Mestizo
- **Procedencia geográfica:** Guayas - Guayaquil

II. METODOLOGÍA DEL DIAGNÓSTICO

2.1 Análisis del motivo de consulta y antecedentes. Historial clínico del paciente.

Recién nacido pretérmino moderado de sexo masculino, nace por cesárea en horas de la tarde en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas #1 por embarazo de 32.5 semanas por ecografía (FUM), Capurro 33 semanas, producto de la segunda gesta por ruptura prematura de membranas, ingresa al servicio de neonatología con apoyo de oxígeno a flujo libre a 3 litros, se evidencia signos de dificultad respiratoria(quejido audible y retracciones subcostales) score respiratorio de 3, debido a su prematures, se decide ingresar a cuidados intensivos de neonatología para colocación de apoyo de ventilación mecánica no invasiva, con parámetros ventilatorios moderados, por antecedentes de factores de riesgo, se realiza exámenes de laboratorio e imagenológicos. Alimentación por sonda orogástrica 25 cc de fórmula, comenzando a presentar cuadros febriles de 38.9°C, se realiza perfil infeccioso a las 6 horas de vida, el mismo que es positivo, por lo cual se inicia antibiótico de primer esquema a base de ampicilina y amikacina.

<p>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES</p>	<p>No posee enfermedades actuales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes Prenatales <p>Producto de la segunda gesta, (FUM), EG: 32.5 semanas por ecografía. Controles: 4 (normales) Ecos: 4 (normales) Medicamentos: multivitaminas y minerales, ácido fólico, complemento nutricional. Vacunas: antitetánica. Infecciones: infecciones de las vías urinarias en el tercer trimestre, tratada por ginecología.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes Natales <p>Bajo normas de asepsia y antisepsia, previa colocación de campos estériles, se atiende parto por cesárea a recién nacido único, vivo, masculino, se observa escaso líquido amniótico claro sin apreciar presencia de grumos, se seca y se estimula, presenta buen tono muscular y llanto espontaneo se realiza clampeo de cordón umbilical por 20 segundos, Apgar de 8-9, se trasporta a neonatología con apoyo de oxígeno a flujo libre a 3 litros.</p>
<p>ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES</p>	<p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menarquia: 12 años • Ciclos menstruales: regulares, duran 8 días cada 28 días flujo normal. • Inicio de vida sexual: 16 años. • Parejas sexuales: No específica. • Gestas: 2 • Partos: 1 • Cesáreas: 1 • Aborto: 0 • Enfermedad de trasmisión sexual: No refiere. • Inmunizaciones: No refiere

	<ul style="list-style-type: none"> • PAPTEST: hace dos años con infección según reporte verbal. • Infección de vías urinarias durante el tercer trimestre de embarazo. Ingresa y es tratada por el servicio de Ginecología en el Hospital de Especialidades Fuerzas Armadas #1. <p style="text-align: center;">Padre: sin antecedentes</p>
--	--

2.2 Principales datos clínicos que refiere el paciente sobre la enfermedad actual (anamnesis).

Se recibe recién nacido de sexo masculino producto de cesárea de 32 semanas de edad gestacional que ingresa a cuidados intensivos en cuna de transporte, activo, buen tono muscular, piel ligeramente pálida, se toma medidas antropométricas, se administra profilaxis ocular y antihemorrágica, se coloca en ventilación mecánica no invasiva por cánula RAM, se canaliza vía central de acceso periférico, sin complicaciones se inicia hidratación más medicación prescrita.

2.3 Examen físico (exploración clínica)

VALORACION CEFALO-CAUDAL.

Cabeza: Normo cefálica, sin complicaciones.

Fontanela: Normotensa

Cabello: Abundante, color negro, implantación pilosa sin alteraciones.

Fascies: Palidez generalizada

Cejas: simétricas.

Ojos: simétricos, pupilas isocóricas y normo reactivas.

Orejas: simétricas, oídos con conducto auditivo externo permeable.

Nariz: Buena entrada de aire bilateral

Boca: labios simétricos. Mucosa oral semihúmedas, se mantiene en NPO, con SOG.

Cuello: no hay presencia de adenomegalias palpables. Presencia del pulso carotideo a la palpación.

Extremidades superiores: Presencia de vía central

Tórax: simétrico, expansibilidad y elasticidad conservada

Abdomen: suave, depresible a la palpación

Genitales: diuresis espontanea

Extremidades Inferiores: Tono hipotónico

Piel: Tinte icterica, no valorable, bajo fototerapia profiláctica.

Examen neurológico: Glasgow 15/15

MEDIDAS ANTROPOMETRICAS:

Peso al nacimiento: 1.965 gr

Peso: 1.965 gr **Talla:** 42 cm **PC:** 30 cm **PT:** 29 cm **PA:** 29.5 cm

APGAR: de 8 al minuto y de 9 a los 5 minutos.

Reflejos de succión y búsqueda: positivos

Reflejos de Galant y Moro: presentes

Test de Capurro: prematuro moderado.

SIGNOS VITALES:

- **Temperatura:** 38.9 ° C
- **Frecuencia cardiaca:** 120 lpm
- **Frecuencia respiratoria:** 38 rpm
- **Tensión arterial:** 90/57 mmhg
- **Saturación de oxígeno:** 96 %

VALORACION DE ENFERMERIA POR PATRONES FUNCIONALES (TEORIA DE MARJORY GORDON)

1. Patrón de percepción - manejo de la salud.

Recién nacido se encuentra en el servicio de cuidados intensivos neonatales, recibe cuidados profilácticos ocular y antihemorrágicos. Se encuentra bajo vigilancia médica y recibiendo oportunos y debidos cuidados de enfermería.

2. Patrón nutricional – metabólico.

Se continua con alimentación enteral, con regular tolerancia gástrica que no ha permitido incrementos de volumen de tomas, presentando vómito y

presencia de residuos, asociado a posible intolerancia a fórmula de recién nacido pretérmino, administrada debido a ausencia de leche materna, con la cual presentaba adecuada tolerancia gástrica.

Se mantiene en incubadora cerrada, donde presenta adecuada termorregulación y diuresis espontánea.

Débil reflejo de succión, rechaza el seno materno.

Talla: 42 cm

Peso: 1.964 gr.

Temperatura: 38,9 °C

3. Patrón de eliminación e intercambio

Recién nacido presenta náuseas y vómito 10 cc de volumen de toma de leche sin digerir por intolerancia a leche de fórmula, además realiza micción y deposiciones espontáneas, pero por precaución de hipertermia, se realiza balance hídrico para medir ingresos y egresos dentro de las primeras 48 horas de nacido.

Intestinal: deposiciones blandas con una frecuencia de 3 por día, olor fétido, color amarillento.

Líquidos totales: 88.8 cc/ 24 horas

Ingesta: 3.7 cc/kg/h

Perdidas insensibles: 2.0 cc/kg/h

Diuresis horaria: 3.1 cc/kg/h

Balance hídrico: 1.4

4. Patrón de actividad y ejercicio.

Normal, sin alteraciones

5. Patrón sueño – reposo.

Normal, sin alteraciones.

6. Patrón cognitivo – perceptivo.

Percepción sensorial sin alteraciones.

7. Patrón autopercepción – autoconcepto.

Sin alteraciones.

8. Patrón rol – relaciones.

Relación armoniosa en familia.

9. Patrón sexualidad.

Genitales fenotípicamente masculinos sin alteraciones.

10. Patrón afrontamiento – tolerancia al estrés.

Sin alteraciones.

11. Valores y creencias

Menciona su progenitora que son creyentes de Dios, religión evangélica y conserva la tranquilidad y esperanza que su hijo se pondrá bien con la bendición de Dios.

Patrones Funcionales Alterados:

1. Nutricional – metabólico
2. Eliminación – intercambio
3. Seguridad – protección

2.4 Información de exámenes complementarios realizados.

BIOMETRÍA HEMÁTICA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Leucocitos	9.36 k/ul	9.00 - 12.00
Hematíes	3.50 M/ul	5.20 - 7.00
Hemoglobina	12.40 g/dl	14.00 - 20.00
Hematocrito	35.9 %	51.0 - 66.0 %
Volumen corpuscular medio	102.7 fl	95.0 - 115.0
Concentración media de hemoglobina	35.5 pg	33.0 - 38.0
Concentración corpuscular media de hemoglobina	34.6 g/dl	28.0 - 36.0
Plaquetas	254 k/ul	100 - 400
RDW - SD	55.9 fl	37.0 - 54.0
RDW - CV	14.8 %	13.0 - 18.0
Volumen medio plaquetario	9.2 fl	7.0 - 10.0
Neutrófilos	3.8 k/ul	1.8 - 5.0
Linfocitos	4.1 k/ul	3.7 - 8.4
Monocitos	1.21 k/ul	0.09 - 0.96
Eosinófilos	0.24 k/ul	0.09 - 0.48

Basófilos	0.02 k/ul	0.00 - 0.10
Neutrófilos %	40.6 %	20.0 - 40.0
Linfocitos %	43.8 %	41.0 - 70.0
Monocitos %	12.9 %	1.0 - 8.0
Eosinófilos %	2.5 %	1.0 - 4.0
Basófilos %	0.2 %	0.0 - 1.0

BIOQUIMICA	RESULTADO	VALOR DE REFERENCIA
Bilirrubina Total	5.65 mg/dl	0.20 - 17.00
Bilirrubina Directa	1.17 mg/dl	0.00 - 0.20
Bilirrubina Indirecta	4.48 mg/dl	
Procalcitonina	2.18 ng/ml	
PCR	0.08 mg/dl	

ANÁLISIS DE LOS EXÁMENES DE LABORATORIO

Al recibir los exámenes de laboratorio se pudo evidenciar valores de monocitos 1.1 k/ul, neutrófilos 40.6%, bilirrubina directa 1.17 mg/dl, procalcitonina 2.18 ng/ml encontrándose por encima de lo normal. Llegando a la conclusión de que el paciente neonato está cruzando por un proceso infeccioso, que debe ser tratado de inmediato para evitar la presencia de agentes oportunistas y evitar posibles complicaciones.

2.5 Formulación del diagnóstico presuntivo, diferencial y definitivo.

Diagnóstico presuntivo:

- DISTRES RESPIRATORIO
- PESO BAJO AL NACIMIENTO

Diagnóstico diferencial:

- ITERICIA NEONATAL

Diagnóstico definitivo:

- SEPSIS NEONATAL

2.6 Análisis y descripción de las conductas que determinan el origen del problema y de los procedimientos a realizar.

Los signos y síntomas iniciaron progresivamente con dificultad respiratoria, debido a su prematures, ingresa a cuidados intensivos neonatales con apoyo de oxígeno a 3 litros para colocación de apoyo de ventilación mecánica no invasiva, presenta alza térmica de 38.9 °C , se le realizo profilaxis oftálmica y hemorrágica, cero deposiciones durante las 24 horas de vida más el antecedente materno de infección de vías urinarias durante el tercer trimestre de embarazo considerándose como un factor de riesgo biológico para sepsis neonatal, se realiza perfil infeccioso a las 6 horas de vida, el mismo que es positivo, por lo cual se inicia antibiótico de primer esquema a base de ampicilina y amikacina.

El recién nacido ingreso al área de Neonatología con diagnóstico de Sepsis neonatal se le administro Dextrosa en agua 10% 150 ml pasar a 6.9 ml hora, ampicilina 98.2 mg IV C/12 horas, amikacina 29.4 mg IV C/24 horas, aminofilina impregnación 19 mg IV STAT, aminofilina mantenimiento 3.9 mg IV C/12 horas, gluconato de calcio 294.7 G IV C/12 horas.

NANDA: (00216)
 NOC: (1020)
 NIC:(1100)

Dominio 2: Nutricional/Metabólico
Etiqueta (00216)

Clase 1: Ingestión
Dx: Leche Materna Insuficiente

M
E
T
A
S

R/C: Ausencia de leche materna

E/P: intolerancia a la leche de formula.

Dominio II: Salud Fisiológica

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
102006: Hidratación				X	X
102004: Tolerancia alimentaria	X				X
102005: Relación peso/talla		X		X	
102007: Crecimiento		X			X
102021: Ingestión por sonda orogástrica			X		X

Clase K: Digestión y Nutrición

Etiqueta: Estado nutricional del lactante

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo 1: Fisiológico: Básico

Clase D: Apoyo nutricional

Etiqueta: Manejo de la nutrición

- ACTIVIDADES**
- Determinar el estado nutricional del paciente y su capacidad para satisfacer las necesidades nutricionales.
 - Identificar la intolerancia alimentaria del paciente.
 - Determinar las preferencias alimentarias del paciente.
 - Administrar medicación antes de la hora de las comidas.
 - Monitorizar las calorías y la ingesta alimentaria.
 - Monitorizar las tendencias de pérdida y aumento de peso.
 - Fomentar técnicas seguras de preparación y preservación de alimentos.

NANDA: (00197)
 NOC: (1015)
 NIC:(1570)

Dominio 3: Eliminación e Intercambio Clase 2: Función gastrointestinal
Etiqueta (00197) Dx: Riesgo de motilidad gastrointestinal

M
E
T
A
S

R/C: Intolerancia alimentaria, prematuridad.

Dominio II: Salud Fisiológica.

Clase K: Digestión y Nutrición.

Etiqueta: Función gastrointestinal.

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

Campo 2: Fisiológico Complejo.

Clase E: Fomento de la comodidad física.

Etiqueta: Manejo del vómito.

E/P: náuseas, vómito.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
101501: Tolerancia alimentación	X				X
101514: Distensión abdominal			X		X
101532: Náuseas		X		X	
101533: Vómitos		X			X
101537: Pérdida de peso			X	X	

- ACTIVIDADES**
- Valorar el color, la consistencia, y duración de la emesis.
 - Medir o estimar el volumen de la emesis.
 - Determinar la frecuencia y duración del vómito.
 - Identificar los factores que pueden causar o contribuir al vómito.
 - Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
 - Esperar como mínimo 30 minutos después del episodio del vómito antes de dar líquidos al paciente.
 - Controlar el equilibrio hidroelectrolítico.
 - Pesar al paciente con regularidad.
 - Proporcionar alivio, por ejemplo, lavar la cara y proporcionar ropa limpia y seca.

NANDA: (00004)
 NOC: (0708)
 NIC:(6540)

Dominio 11: Seguridad/Protección
Etiqueta (00004)

Clase 1: Infección
Dx: Riesgo de infección

R/C: Sepsis neonatal, conocimientos insuficientes para evitar la exposición a los agentes patógenos.

Dominio II: Salud Fisiológica

Clase H: Respuesta Inmune

Etiqueta: Severidad de la Infección: recién nacido

Campo: Seguridad

Clase V: Control de riesgo

Etiqueta: Control de Infecciones

E/P: Infección, hipertermia cuadro febril de 38.9 °C de temperatura.

ESCALA DE LIKERT

INDICADORES	Antes		Después		
	1	2	3	4	5
070201: Infecciones recurrentes	X			X	
070203: Estado gastrointestinal			X	X	
070205: Estado genitourinario			X		X
070207: Temperatura corporal	X				X
070208: Integridad cutánea		X		X	
070214: Recuento absoluto leucocitario	X			X	

ACTIVIDADES

- Realizar un correcto lavado de manos antes y después de cada actividad de cuidados de paciente.
- Toma de signos vitales cada dos horas.
- Usar guantes de manejo o estéril según lo exigen las normas de precaución universal.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las vías IV.
- Cambiar el apósito si esta sucio o húmedo. Cuando se realice el cambio de apósito hacer una inspección minuciosa para detectar signos de infección local: inflamación, enrojecimiento, dolor, flebitis.
- Administrar tratamiento antibiótico según prescripción médica.
- Controlar la presencia de complicaciones relacionadas con la fiebre.
- Instruir a la familia acerca de los signos y síntomas de infección, como se debe evitar y cuando se deben de notificar al cuidador.

M
E
T
A
S

I
N
T
E
R
V
E
N
C
I
O
N
E
S

2.7 Indicaciones de las razones científicas de las acciones de salud, considerando valores normales.

Se indican los siguientes puntos, mediante la valoración que se realizó al paciente neonato, con las siguientes intervenciones de enfermería con el objetivo de revertir la condición clínica del paciente y lograr una pronta recuperación.

Es por ello que relaciono la teorizante del entorno/cuidado de Florence Nightingale, porque su teoría engloba los cuidados directos que debe proporcionar el personal de enfermería hacia el paciente. Es decir, la relación que coexiste el paciente con su entorno; la relación brindada enfermero con el paciente y enfermero con el entorno del paciente, girando dentro de un triángulo permanente.

La teoría de Florence Nightingale no contemplaba la enfermería como algo limitado a la administración de medicamentos y tratamientos, sino más bien como algo orientado a proporcionar un ambiente fresco, luz, calor, limpieza, tranquilidad y una alimentación adecuada hacia el paciente, para que de esta manera pueda reintegrarse a la comunidad.

2.8 Seguimiento.

Se realizó seguimiento de paciente neonato prematuro moderado durante 17 días que duro su estancia hospitalaria en esta casa de salud, su estado de salud fue mejorando progresivamente mediante el tratamiento médico que se le administró, los cuidados enfermeros propicios, los cambios esperados fueron satisfactorios corrigiendo su edad gestacional, con buen tono muscular, con buena tolerancia gástrica mejorando aporte hídrico – calórico favoreciendo su ganancia de peso, paciente neonato recibió el alta al decimoséptimo día de hospitalización, se le entrego un plan de alta en el que indica los cuidados a seguir e indicaciones generales.

2.9 Observaciones.

A partir de la sintomatología se formuló el diagnóstico característico de sepsis neonatal, se inició hidratación y tratamiento con antibioticoterapia de primer esquema, en el servicio de Neonatología del Hospital de Especialidades FF.AA. #1, durante sus primeras horas de vida empezó a presentar hipertermia de 38.9 °C, dificultad respiratoria por su prematurez, colocándolo en incubadora con ventilación mecánica no invasiva por cánula nasal, teniendo buen acople ventilatorio.

Se realizaron exámenes de laboratorio de perfil infeccioso, siendo positivos para sepsis neonatal, se inició fototerapia profiláctica por presencia de tintes de ictericia, además se realizaron exámenes de imagen de control, eco transfontanelar debido a su prematurez los mismos que no presentaron novedades. Los cuidados de enfermería se enfatizaron en disminuir la temperatura, canalización de vía central periférica, colocación de sonda orogástrica, administrar líquidos de hidratación y medicación prescrita, monitorización de constantes vitales, alimentación, vigilar los ingresos y egresos del paciente en cuanto a eliminación por diuresis e intestinal, cuidados de la piel y mucosas,

En el transcurso de los días se evidencio una evolución clínica favorable, sin signos de deterioro neurológico, con constantes vitales dentro de los parámetros normales, buena succión y tolerancia gástrica, por lo que se decide dar de alta al decimoséptimo día de hospitalización en el servicio de neonatología con el respectivo plan de alta en el que se indica los cuidados a seguir e indicaciones generales sobre higiene y reconocimiento de signos de alarma. Control por consulta externa de pediatría en 15 días.

CONCLUSIONES

Por medio del presente caso clínico puedo finalizar que durante mi estudio realizado en un neonato prematuro moderado con diagnóstico de ruptura prematura de membrana y sepsis neonatal. Se procedió aplicar el proceso de atención de enfermería con el objetivo de identificar los patrones disfuncionales que afectan el estado de salud del paciente. Siendo el patrón seguridad y protección uno de los más importantes, implicado en el estado de salud del paciente, debido a la termorregulación e infección neonatal como alteraciones presentes.

Es por esto que se decidió elaborar un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA, NOC Y NIC como herramienta esencial, con el objetivo de recuperar, reintegrar, así como la de conservar la salud del paciente neonato. Se ha comprobado que el proceso de atención de enfermería está establecido en principios científicos de modo que facilita al profesional de enfermería a desarrollar sus habilidad, destrezas y experticia en el ámbito laboral, poniendo en práctica las intervenciones que se deben resolver de manera eficaz y eficiente al momento de brindar cuidados enfermeros.

Es importante indicar que el paciente estuvo hospitalizado por diecisiete días en la unidad de cuidados intensivos neonatales, obteniendo una clínica favorable en el transcurso de los días, mediante la aplicación del proceso de atención enfermero en neonato con ruptura prematura de membrana y sepsis neonatal, alcanzando los objetivos y resultados deseables.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andrew Rhodes, L. E. (2017). Guía Internacional para el manejo de la sepsis . *Campaña para la supervivencia de la sepsis* , 486-552.
- B. Fernández Colomer, J. L. (2008). Sepsis del Recien Nacido . *Asociación Española de Pediatría* , 189 - 206 .
- Barreto González, O. J., Baloa Tovar, D. C., & García León, M. M. (2020). Sepsis Neonatal Epidemiología . *Revista Digital de Postgrado* , 1-12.
- Cortés JS, F. L.-B. (2019). Sepsis Neonatal . *SciELO*.
- German Edgardo Fajardo Dubón, R. E. (2017). Caracterizacion General de la Sepsis Neonatal Temprana. *Revista de Ciencias Medicas*, 1-68.
- Gómez´´, H. I. (2011). Sepsis Neonatal . *Guía Clínica del Departamento de Neonatología* , 1-122.
- Hospital Infantil de México, ´. G. (2016). Sepsis Neonatal. *Guía Clinica del Departamento de Neonatología*, 1-122.
- James Edward Neira Borja, M. C. (2019). Sepsis Neonatal en Pacientes . *Revistaavft*, 1-4.
- Julie S. Moldenhauer. (2020). Ruptura prematura de membrana . *Manual MSD* .
- Julie S. Moldenhauer. (2020). Ruptura Prematura de Membrana . *Manual MSD* .
- Julie S. Moldenhauer. (2020). Ruptura Prematura de Membrana . *Manual MSD*.
- Julie S. Moldenhauer. (2020). Ruptura Prematura de Membrana . *Manual MSD* .
- Larry M. Bush, M. F. (2020). Bacteriemia . *Manual de MSD*.
- María del Rocío Rubio Gómez, A. R. (2018). Sepsis Neonatal . *Revista Médica y de Enfermería* .
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Ruptura Prematura de Membrana . *Guía Práctica Clínica del MSP del Ecuador* , 1-33.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Sepsis Neonatal. *Guía Práctica Clinica* , 1-82.
- Ministerio, d. S. (2015). Sepsis Neonatal . *Guía Práctica Clínica MSP*, 1-82.
- Orias Vásquez M. (2020). Ruptura Prematura de Membrana. *Revista Médica Sinergia*.
- Orias Vásquez M. (2020). Ruptura Prematura de Membrana. *Revista Médica Sinergia*.
- Orias Vásquez M. (2020). Ruptura Prematura de Membrana . *Revista Médica Sinergia* .
- Pública, M. d. (2015). Sepsis Neonatal . *Guía Práctica Clínica* , 1-82.

Pública, M. d. (2015). Sepsis Neonatal . *Ministerio de Salud Pública Guía de Práctica Clínica* , 1-82.

Pública, M. d. (2015). Sepsis Neonatal Guía Práctica Clínica . *Guía Práctica Clínica* , 1 - 82 .

Sarahi Ocampo Higuera. (2020). Cuidados Generales de Enfermería en el Recien Nacido. *RELAPED*, 1-10.

ANEXOS



